

0184/0104

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0184/0184

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

16/07/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rajveer Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

Biri Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Peepeli Kalam, Aligarh, Up. 202127

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

₹ 00000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kamla	62	F	Wife
2	Amrjeet	32	M	Son
3	Satinder	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टेकी रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P.C
	LE - P.P.C
	Surgery - Sics with FOL (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1	SCHE	



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से आशय रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, जो इस धर्म का आर्थिक या सामाजिक विकास किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो किया है और न ही भविष्य में करेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस करार पर अपने हस्ताक्षर या बाईं की दायां अंगुली, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस करार में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा अपनी, दान, प्रचार/प्रचार द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रचारित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे करार का विकास मेरे द्वारा केवल वही करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं देता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय केवल और केवल फाउंडेशन ही करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं की दायां अंगुली का निशान



Rajveer

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये मदद नहीं करेंगे, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तिकता प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकार/अस्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिग्रीबे गैर उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से सहायता को प्राप्त हो सके और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का भंडा प्रदान नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के उपचार सुचारु और अपने अपने को सही निष्पत्ती रोगी एवं हस्पताल को लाभ और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या निष्पत्ती इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/03/12

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg No. 68028

(Name of Doctor & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

[Signature]

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2